Révision 29/01/2025

ITEM 343 : ÉTAT CONFUSIONNEL

Syndrome confusionnel = altération modérée de la vigilance entraînant une **désorganisation globale des fonctions cognitives et comportementales.**
Dysfonctionnement cérébral aigu grave responsable d'une augmentation de la morbimortalité dans l'année.
Prise en charge urgente.
Niveaux de conscience :
- **Normal** : capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention.
- **Distractibilité** : fixation impossible de l'attention, mobilisée par tout nouveau stimulus.
- **Obnubilation** : répond et exécute les ordres avec lenteur.
- **État stuporeux** : réponses verbales ou gestuelles possibles aux stimuli extérieurs.
- **Coma** : réponses obtenues seulement par des stimuli nociceptifs.

PHYSIO

Mal connu, plusieurs systèmes impliqués :
- **Déficit en acétylcholine** → troubles de la cognition et de l'attention.
- Rôle des **cytokines pro inflammatoires** (IL8, IGF1, IL10, IL1…) → **neurotoxicité** directe.
- **Diminution métabolisme cérébral oxydatif.**
- **Élévation cortisol** (stress aigu) → pourrait **précipiter et/ou pérenniser** le syndrome confusionnel.

DIAGNOSTIC (DSM5)

Diagnostic exclusivement clinique +++ → DSM5 :
- A. Perturbation de **l'attention, de l'orientation** et de la **conscience** (réalisation de tests d'orientation temporo-spatiale pour s'en assurer).
- B. Installation sur un temps **court** et **changement** par rapport à **l'attention** et à la conscience préalable avec **fluctuations** au cours de la journée (interrogatoire d'un proche pour s'assurer de la rupture avec l'état antérieur).
- C. **Existence** d'une **autre perturbation cognitive** (déficit mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale…)
- D. Perturbations **pas mieux expliquées par l'existence d'un trouble neurologique préexistant.**
- E. Mise en évidence que la perturbation est la **conséquence directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance.**

Sous-types de SC

- **Confusion hyperactive** → agitation psychomotrice au premier plan.
- **Confusion hypoactive** → apathie, repli sur soi, ralentissement psychomoteur (mauvais pronostic).
- Forme **mixte.**

Dépistage

- Confusion Assessment Method (CAM) :
1. Début **aigu, fluctuation de l'évolution** / 2. Troubles **attention** / 3. **Désorganisation** du cours de la **pensée** ou **langage** / 4. Atteinte **vigilance.**
→ **Positif si 1 + 2 + (3 ou 4).**

DD

- **Aphasie de Wernicke** : propos incohérents, paraphrases, absence de compréhension, mais sans trouble de la vigilance, sans fluctuation nycthémérale et avec respect des autres champs cognitifs.
- **Trouble psychotique aigu** : décompensation psychotique, propos diffluent, avec éléments psychiatriques au 1er plan.
- **Ictus amnésique** : trouble aigu de l'enregistrement épisodique d'installation brutale, durant 6-8 h, spontanément réversible, sans confusion ni désorientation temporospatiale et avec vigilance conservée.
- **Syndrome démentiel** : trouble chronique (> 6 mois), d'apparition progressive, sans variation nycthémérale.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Identifier facteurs prédisposants : âge ≥ **80** ans**, trouble cognitif** sous-jacent, **immobilisation**, déficit **sensoriel** (visuel/auditif), **dénutrition**, **polymédication**, **comorbidités** multiples, ATCD de confusion, troubles de **l'humeur**…
(1 facteur → risque x5 de confusion, 2 facteurs → risque x9 de confusion).
- Identifier facteurs précipitants : **infection**, pathologie **CV/neuro/endocrino/digestive, déshydratation, douleurs**, **toxiques** (alcool +++), **chirurgie** avec anesthésie **générale**, contention, privation sensorielle, **iatrogénie** +++.

Syndrome confusionnel fébrile

- **Méningoencéphalite jusqu'à preuve du contraire +++** → PL au moindre doute avant scanner cérébral notamment si pas de déficit focalisé +++.
- TTT anti-infectieux après la PL (sauf si **purpura fulminans**, **contre-indication à la PL** ou prise en charge hospitalière **> 90 minutes** → TTT initié sans délai).

Syndrome confusionnel non fébrile

Causes à évoquer :
- **Toxique** : psychotropes, alcool, stupéfiants, médicaments… (sevrage ou excès de prise !)
- **Métabolique** : acidocétose, coma hyperosmolaire, hypercapnie (décompensation BPCO), encéphalopathie hépatique…
- **Neurologique** : hémorragie méningée, AVC, état de mal infraclinique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hématome sous-dural ou extradural…

Révision 29/01/2025

<table>
<tr><td rowspan="8">PEC INITIALE</td><td>C</td><td colspan="2">- Interrogatoire de l'entourage et des secouristes : antécédents, traitements, contexte, mode d'installation.
- Examen général : signes généraux, infectieux, métaboliques.
- Examen neurologique : niveau de conscience, cotation du score de Glasgow, signes de localisation, signes méningés, orientation étiologique.
- Examen du scalp : signes de traumatisme récent, cicatrices de lésion ou d'intervention.
- Examen digestif : abdomen chirurgical, troubles du transit.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PC</td><td colspan="2">- Bilan minimal : NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG.
- Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, dosage de traitement, alcoolémie, hémocultures en cas de fièvre, GDS, ECBU, EEG (si suspicion crise convulsive), PL.</td></tr>
<tr><td>Scanner cérébral</td><td>- En urgence : - Signes de localisation. - 1re crise d'épilepsie.
- Traumatisme crânien. - Modification de l'état de conscience.
- Céphalées brutales. - Suspicion d'hémorragie méningée.
- Chute dans des circonstances peu claires.
- En 2de intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">➝ Hospitalisation immédiate généralement nécessaire.
- Seul le traitement étiologique permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours.</td></tr>
<tr><td>Mise en condition</td><td>- Maintien de la nutrition et de l'hydratation, si besoin par voie parentérale.
- Installation au calme, en chambre individuelle, avec lumière tamisée et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir mobilité physique, favoriser présence des proches, lutter contre l'isolement sensoriel (lunettes/prothèses auditives+++).
- Surveillance régulière : conscience, constantes vitales.</td></tr>
<tr><td>En cas d'agitation</td><td>- Mesures non médicamenteuses de réassurance en 1re intention.
- Sédatif par voie orale+++ ou injectable : benzodiazépines à demi-vie courte en 1re intention (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère ➝ neuroleptique atypique type rispéridone ou olanzapine (contre indiqué si démence à corps de Lewy).
/ !\ Pas d'atarax ou de cyamémazine (anticholinergique !)
- Contention physique : en dernière intention, sur prescription médicale.</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Arrêt de tous les médicaments non indispensables.
- Perfusion glucosé + vitamine B1-B6 (1 g/jour) et vitamine PP (500 mg/jour) chez l'éthylique
.</td></tr>
<tr><td>PREV</td><td colspan="2">- Mesures non pharmacologiques : préservation neurosensorielle, mise en place repères spatiotemporels (calendrier+++), mobilisation précoce, respect du sommeil, hydratation et nutrition adéquats, éviter iatrogénie.
➝ Aucune mesure médicamenteuse n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">CAUSES (ABSENT DU COLLEGE)</td><td>Cause neurologique</td><td>- Hémorragie méningée.
- Méningite et méningo-encéphalite : bactérienne, virale, parasitaire, prion.
- Processus expansif intracrânien : tumeur (primitive ou MT), abcès cérébral, hématome.
- Infarctus cérébral : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grandes tailles.
- Thrombophlébite cérébrale.
- Traumatisme crânien : hématome sous-dural, extradural et intraparenchymateux.
- Épilepsie : confusion postcritique, épilepsie partielle complexe, état de mal.
- Toute pathologie neurologique chronique (SEP, Parkinson, Alzheimer…) avec un stress (fièvre déshydratation, etc.)</td></tr>
<tr><td>Cause générale</td><td>- Trouble hydroélectrolytique :
. Hyponatrémie ou hypernatrémie.
. Hypokaliémie.
. Hypocalcémie ou hypercalcémie.
- Trouble glycémique : hypoglycémie, décompensation acidocétosique ou hyperosmolaire.
- Endocrinopathie : insuffisance surrénale aiguë, dysthyroïdie, insuffisance antéhypophysaire aiguë.
- Viscérale : insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire décompensée ou aiguë.
- Anémie.
- Hypoxie/anoxie cérébrale : arrêt cardio-respiratoire, état de choc.
- Hypercapnie.
- Trouble de l'équilibre acido-basique.
- Hypothermie.
- Post-opératoire.</td></tr>
<tr><td>Cause localisée</td><td>= Sd douloureux, rétention urinaire, fécalome, embolie pulmonaire, trouble du rythme…
- Surtout chez le sujet âgé ➝ toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général.</td></tr>
</table>

Confusion fébrile		- **Infection pulmonaire** ou **urinaire** : **NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP** systématiques. - **Méningite** ou **méningo-encéphalite** (signes méningés possiblement absents). - Confusion fébrile prolongée résistante au traitement : **foyer infectieux profond** = **endocardite, abcès.** - Confusion avec hypothermie : évoque un **choc septique à BGN.** - Autres causes fébriles : . Pathologie générale : **arthrite microcristalline, maladie de Horton.** . Toxique : **neuroleptique, anticholinergique, sevrage alcoolique.**
Toxique		- **Alcool** : . **Éthylisme aigu** : possiblement avec d'autres causes intriquées (traumatisme, hypoglycémie…) . **Sevrage** : **pré-délirium** (sueurs, anxiété, tremblement) puis **delirium tremens** (confusion, délire onirique, agitation, trouble de la marche et de la parole, fièvre, déshydratation). - **Toxicomanie** : **cocaïne**, **opiacés** (pupilles en myosis), **LSD, amphétamine**… - **Intoxication au CO.**
Iatrogène		= Tout médicament est potentiellement une cause de confusion, notamment aux changements de posologie/associations. - **Traitement à haut risque** : **anticholinergique**, **benzodiazépine**, **antiépileptique**, **corticoïdes**, **L-dopa**, **agoniste dopaminergique**, **antihistaminiques H2**, **digoxine**, **fluoroquinolone**, **lithium.** ➝ Ataxie, dysmétrie, tremblement : évocateur de **cause iatrogène** ou **toxique.** ➝ Mydriase bilatérale : évocatrice d'une **intoxication aux anticholinergiques** ou **sympathomimétique.** - **Sevrage : barbituriques**, **benzodiazépines**, **opiacés.**
Carence		- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke** (carence en B1) : troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche. - **Pellagre** (carence en PP) : atteinte cutanée (desquamation, glossite), signes extrapyramidaux, diarrhée - **Carence en vitamine B12** ou **folates.** ➝ Prévention systématique chez tout patient dénutri ou éthylique chronique : apport systématique en vitamine B1-B6 (1 g/j) et PP (500 mg/j) IV.
Confusion psychiatrique	= Diagnostic d'élimination, parfois difficile chez un patient aux atcds psychiatriques.	
	En faveur d'une étiologie organique	- Onirisme avec hallucinations ou illusions (essentiellement visuelles). - Thème non spécifique. - Délire onirique non systématisé. - Sans idée d'influence ou d'automatisme mental.
	En faveur d'une étiologie psychiatrique	- Polymorphisme des mécanismes délirants. - Hallucinations auditives. - Multiplicité des thèmes.
➝ Les causes **métaboliques** et **toxiques** sont les plus fréquentes. ➝ Plusieurs causes peuvent être associées chez un patient.		